

# 国民健康保険特定疾病申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証 記号・番号	—	一般・退職
	住 所	西松浦郡 有田町	
	世帯主氏名	個人番号( )	
	認定対象者 氏 名	個人番号( )	
	認定対象者 生 年 月 日		
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ障害等	

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	平成	年	月 日
	療養取扱機関の 名 称		
	所 在 地		
	医 師 名		印

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

世 帯 主 住 所

氏 名 印

有田町長 様